POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad — ROCZNIK TRZECI — 1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Przyrząd kontrolujący celność strzelającego.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

z Pohulanki.

Z rysunkiem.

Jak astronomowie wyprzedzili lekarzy w badaniu ostrości widzenia, tak artylerzyści wyprzedzili ich w badaniu i oznaczaniu stopnia zdolności fiksacyi przedmiotu. Wiadomo, że wojskowi zwracają uwagę tylko na jedno oko i widzenie obuoczne wcale ich nie obchodzi.

Przyrząd używany w artyleryi do oznaczania stopnia dokładności w doprzedmiotowaniu nazywa się przyrządem kontrolującym celność strzelającego.

Składa się on z otworu spojrzeniowego, przesuwanego w kierunku poziomym i pionowym przy pomocy dwóch mikrometrycznych zakrętek. Badany nastawia dwa razy otwór spojrzeniowy przyrządu, a różnica pomiędzy pierwszem a drugiem nastawieniem oznacza miarę celności linii spojrzeniowej oka u badanego osobnika.

Uchylanie się linii spojrzeniowej od przedmiotu będziemy nazywali niedoprzedmiotowaniem. Niedoprzedmiotowanie bywa poziome i pionowe.

Jeżeli różnica pomiędzy pierwszem a drugiem ustawieniem wynosi 0,1 mm [1]), odległość pomiędzy otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem równa jest 30 cm, odległość pomiędzy znaczkiem spojrzeniowym i przedmiotem równa jest 3 metrom, to:

$$x : 0{,}1 = 3{,}000 : 300;$$
$$x = 1 \text{ mm}.$$

Znaczy to, że jeżeli różnica podmiotowa równa jest 0,1 mm, to różnica przedmiotowa równa jest 1 mm. Linia spojrzeniowa, ustalając się w odległości 1 mm od punktu przedmiotowego, da złudzenie dwóch punktów: jednego w miejscu swego ustalenia (w którem punktu nie ma) i drugiego rzeczywistego zewnątrz punktu ustalenia. Tak powstaje jednooczne wielowidzenie przy bezładzie wzrokowym [2]), wszelki bowiem bezład jest niedoprzedmiotowaniem. —

Jeżeli różnica podmiotowa większa jest od 1 mm, to różnica przedmiotowa będzie większa od 10 mm, a badany nie będzie w stanie policzyć nawet punktów Nru 10milimetrowego [3]), co jednak wcale nie przeszkadza mu w czytaniu nawet drobnego druku.

Jako przyrząd do wymierzania niedoprzedmiotowania może służyć zwykły perymetr Förstera, którego łuk ustawia się poziomo przy wymierzaniu niedoprzedmiotowania w kierunku pionowym.

W samym środku łuku przykręca się do łuku znaczek spojrzeniowy, a w tem miejscu, gdzie zwykle w perymetrze ustawia się oko, wstawia się cewkę z otworem spojrzeniowym,

---

[1]) Różnica ta u niektórych strzelców może być sto razy mniejsza.

[2]) Noiszewski: L'ataxie optique et la polyopie monoculaire. — Comptes rendus du XII Congrès international de Moscou 1897. Section XI. ophthalmologie, str. 312—314. — Kronika Lekarska. 1898, str. 427—433.

[3]) Noiszewski: Badanie widzenia różniczkowego i całkowego. Z tablicą. Postęp Okulistyczny, str. 327—335. 1901.

przesuwanym przy pomocy zakrętek mikrometrycznych w kierunku poziomym i pionowym.

Na linii spojrzeniowej ustalonej na przedmiocie znajdują się 4 punkty nieruchome:

1. punkt wzrokowy naośny na siatkówce *(p)*,
2. punkt przedmiotowy *(P)*,
3. punkt otworu spojrzeniowego *(o)* i
4. punkt znaczka spojrzeniowego *(z)*.



2. Jeszcze słów kilka o pozornej postaci sklepienia nieba i pozornem powiększeniu średnicy księżyca i gwiazd na widnokręgu.

Podał

A. KUROPATWIŃSKI,
lekarz ziemski.

Z rysunkiem.

Streszczenie wykładu Dra Schoute'a, wygłoszonego na 18 zjeździe Towarzystwa okulistów niderlandzkich w Utrechcie[1]), jest punktem wyjścia dla niniejszego artykuliku. Przyznam się, że po przeczytaniu powyższego streszczenia doznałem pewnego zawodu: otrzymałem wrażenie, że autor streszczonego wykładu wysilił się bezskutecznie na wyjaśnienie kwestyi, która już dawno i, przypuszczam, dostatecznie została wyjaśnioną przez fizykę. Niech mi więc wybaczą ci z szanownych czytelników, którzy w niniejszym artykule nic nowego dla siebie nie znajdą.

Przedewszystkiem tłómaczenie Helmholtza, dlaczego pusta przestrzeń, pospolicie nazywana niebem, przybiera dla naszego oka postać sklepienia, — tłómaczenie, zawarte w przy-

---

[1]) Patrz zeszyt sierpniowy Postępu Okulistycznego z 1901 r.

toczonych przez sprawozdawcę Dra Majewskiego słowach: »skoro błękit nieba zamyka się nad naszemi głowami, tedy widocznie tworzy sklepienie, więc się nam wydaje, że sklepienie to widzimy« — uważam za nietrafiające mi do przekonania. Bo nie rozumiem, dlaczego ma się nam tylko wydawać, że »sklepienie to« widzimy. My widzimy je w samej rzeczy, t. j. oko nasze odbiera wrażenie promieni świetlnych, odbitych przez współśrodkową z kulą ziemską warstwę powietrza. Warstwa ta ma postać kulistą, wrażenie też widocznej dla nas połowy kuli otrzymujemy. Gdybyśmy wyobrazili sobie naszą planetę w postaci sześciościanu, otoczonego warstwą powietrza, również w postaci sześciościanu, wtedy przyznać musielibyśmy, że i to, co pospolicie nazywamy niebem, przybrałoby dla nas postać ciała geometrycznego, zakończonego płaszczyznami [1]), z tych tworząca dach nad naszemi głowami wydałaby się nam wygiętą u zenitu ku ziemi dla tej samej przyczyny, dla której sklepienie niebieskie wydaje się nam spłaszczoną kopułą.

Dwie przyczyny składają się na to, że punkt sklepienia u zenitu wydaje się oku naszemu bliższym, aniżeli punkt u widnokręgu: różnica w oświetleniu i brak przedmiotów pośrednich pomiędzy naszem okiem a punktem sklepienia w pobliżu zenitu położonym. Różnica zaś w oświetleniu powstaje stąd, że promienie odbite od punktu sklepienia bliskiego widnokręgu, nim dojdą do naszego oka, muszą przejść przez większą warstwę najbliżej ziemi położonego, a więc gęstszego i więcej nasyconego parą wodną [2]) i pyłem powietrza, niż promienie, pochodzące od punktu sklepienia bliskiego zenitu [3]). Stąd pochodzi pozorne spłaszczenie sklepienia nieba.

Taż różnica w oświetleniu i taż obecność przedmiotów

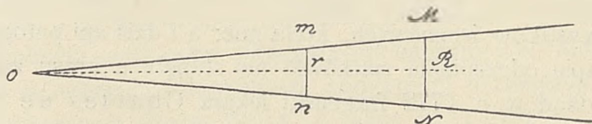
---

[1]) Jasną bowiem jest rzeczą, że warstwy powietrza, tworzące boki owego przypuszczalnego sześciościanu, w miejscach zetknięcia się tworzyłyby linie, które nie omieszkałyby wywołać w oku odpowiedniego wrażenia.

[2]) Opary ranne i wieczorne.

[3]) Ze promienie świetlne przy przejściu przez atmosferę w kierunku stycznej do powierzchni ziemi w znacznie większym stopniu zostają pochłaniane, niż wtedy, gdy przechodzą przez atmosferę w kierunku mniej

pośrednich pomiędzy okiem obserwującem i obserwowanymi księżycem, słońcem lub gwiazdą u widnokręgu jest przyczyną, że wtedy wydają się one większymi, niż, gdy są u zenitu: kąt, pod którym je widzimy, pozostaje ten sam, a odległość wydaje się nam większą [1]), stąd i wymiary muszą się nam wydawać większe. Załączona konstrukcya geometryczna unaocznia zachodzące zjawisko.



or oznacza odległość spostrzeganego ciała niebieskiego od spostrzegającego podług oceny oka, obserwującego owe ciało w położeniu jego u zenitu, *oR* — też odległość podług oceny tegoż oka w położeniu ciała niebieskiego w pobliżu widnokręgu; *mn* oznacza pozorną średnicę spostrzeganego ciała w pierwszym przypadku, *MN* — też średnicę w drugim.

Rzecz prosta, że różnica w ocenianiu jednakowych kątów widzenia, z których jeden otwarty jest ku górze, a drugi poziomo (ten ostatni wydaje się oku spostrzegającego mniejszym — doświadczenie Volkmann'a), może tu też odgrywać pewną rolę, ale chyba tylko nieznaczną, jak przekonywa o tem przytoczone przez sprawozdawcę Dra M. doświadczenie z przerzuceniem obrazu księżyca z zenitu na widnokrąg zapomocą odpowiednio ustawionego zwierciadła płaskiego: przerzucony na widnokrąg obraz księżyca nie wydaje nam się większym.

S. Kargapolskie, dnia 9 października 1901 r.

---

lub więcej pionowym, przekonać się możemy w pogodną noc gwiaździstą: w pobliżu zenitu widzimy mnóstwo gwiazd rozmaitej wielkości, gdy w pobliżu widnokręgu widzimy tylko niewielką liczbę jaśniej świecących.

[1]) Ogólne prawo perspektywy: przedmioty więcej oświetlone wydają się nam bliższymi, mniej zaś oświetlone — dalszymi.

3. Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki[1]).

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dawno umysły świata lekarskiego zajmuje sprawa patologiczna, która dla wielu jednostek nie tyle »cierpieniem«, ile nieszczęściem się staje, pociągając za sobą zarazem, mimo naszych wysiłków leczniczych, życia noc; a i dziś ani patogeneza, ani terapia odczepienia siatkówki nie stanęły u kresu zadania.

Odkąd w r. 1772 francuski lekarz Charles de Saint Yves[2]) zaznaczył, że siatkówka w jednym lub kilku załamkach od naczyniówki bywa odczepioną, a przez odczepienie to mogą powstać zaburzenia wzrokowe, poczęto więcej uwagi poświęcać tej chorobie ocznej. Mimo to w całym XVIII wieku nie znajdujemy żadnego śladu dodatnich badania odpowiedniego wyników. I pierwsza połowa następnego stulecia niewiele posunęła wiadomości nasze pod tym względem naprzód. Przypadkowo na stole sekcyjnym stwierdzono odczepienie siatkówki, którego zresztą nie umiano nawet należycie ocenić. Słuszność nakazuje zaznaczyć, że w roku 1805 pierwszy James Ware stwierdził zupełne odczepienie siatkówki u osoby, która za życia z powodu zupełnego zaniewidzenia badaniu podlegała. — Odtąd znajdujemy w rozmaitych ilustracyach[3]) rysunki. przedstawiające odczepienie siatkówki. Jednak ponad nieco ściślejsze spostrzeżenia kliniczne nie było można postępu w tym właśnie kierunku okulistyki zaznaczyć, zwłaszcza pod względem etyologii i patogenezy odczepienia.

Dopiero wziernik, który jak wogóle w okulistyce, tak też i w rozpoznaniu klinicznem odczepienia siatkówki stanowczy zrobił przełom, daje możność dokładnego rozpoznania choroby.

---

[1]) W części wedle odczytu, wygłoszonego dnia 24 lipca 1900 roku w sekcyi okulistycznej IX zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

[2]) Traité des maladies des yeux.

[3]) Panizza (1826), Ammon (1838) i Dalymple (1852).

Prawie równocześnie Coccius[1]) i van Trigt[2]) wziernikiem odczepienie siatkówki rozpoznali, a Graefe już w rok później w swoim »Archiwie« przedstawia odczepienie siatkówki w rozmaitych okresach rozwoju, opierając się wyłącznie tylko na klinicznych zjawiskach. Nie mając sposobności badania skalpelem i mikroskopem tego, co stwierdził genialną swą intuicyą, stawia śmiało teoryę, która przynajmniej dla pewnej kategoryi odczepień niewątpliwie miała i ma podstawę. Graefe sądził, że wybroczyny krwawe albo też przesączyny surowicze z naczyniówki siatkówkę odłączają od naczyniówki, obfitującej bardzo w naczynia. Z pewnemi odmianami przyłączyli się do tego pojmowania rzeczy Arlt, a także Sichel[3]).

Przeciw temu zapatrywaniu zwraca się Stellwag[4]). On to właściwie dał początek teoryi ciągnienia, która później miała tak ważną odgrywać rolę.

Tylko, że Stellwag ze złego wychodził założenia. Znalazłszy rozpad włóknisty ciałka szklistego, spowodowany plastycznymi pierwiastkami, jakie się do niego dostały z ciałka rzęskowego i siatkówki, a dalej znalazłszy także i siatkówkę zmętniałą, plamistą i zgrubiałą, przypuszczał, że pierwotne cierpienie siatkówki spowodowało wysięk. To, co Stellwag niewyraźnie zaznaczył, wypowiedział w właściwej formie pierwszy Myller Henryk w r. 1858[5]).

Zdaniem Myllera smugi, powstałe w ciałku szklistem przez wysięki lub wybroczyny *(Exsudate u. Extravasate),* kurcząc się, odczepiają ciałko szkliste wraz z siatkówką od naczyniówki, albo też, w korzystniejszych warunkach, mogą samą tylko błonę szklistą odsunąć od siatkówki.

Myller nie przyjmuje pierwotnego wysięku poza siatkówką,

---

[1]) Ueber die Anwendung des Augenspiegels. Leipzig. 1853, p. 128.

[2]) Der Augenspiegel. Tłom. Schauenburg'a. 33. spostrzeżenie. Fig. XII. Jahr 1854.

[3]) Hydropsie sousrétinienne.

[4]) Die Ophthalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpuncte 1853—1858).

[5]) Graefe'go Arch. 4 Bd. Anatomische Beiträge zur Ophthalmologie.

a to z powodu braku podwyższonego ucisku, braku powiększenia zawartości gałki, a także ponieważ soczewka nie bywa przesuniętą ku przodowi. —

Do tego zdania przyłączył się Graefe[1]), który już poprzednio przypuszczał takie właśnie powstawanie odczepienia siatkówki w razie zranienia gałki, połączonego z krwotokiem do ciałka szklistego. —

Pojęcia zaczęły się więcej wyjaśniać, odkąd przez znakomite swe badania Iwanoff[2]) wykazał, że ciałko szkliste, kurcząc się, odczepia się od siatkówki, i że przestrzeń pomiędzy ciałkiem a siatkówką wypełnia się płynem. Od tego płynu ciałko szkliste odgraniczone jest ścisłą łukowatą linią. *Membrana limitans hyaloidea* przylega do siatkówki, a jedynie ciałko szkliste samo odczepia się.

Odczepienie to później stwierdziło wielu badaczy, jak Becker, Pagenstecher i Genth, ks. Karol Teodor itd., a Milles, który badał 345 ócz w Moorfieldshospital, znalazł 45 razy odczepienie ciałka szklistego. Te zmiany tłómaczy Iwanoff przedłużeniem gałki. W jednym przypadku stwierdził płyn i przed i za siatkówką, tak, że ostatnia pomiędzy oboma płynami poniekąd była rozpostartą.

Wecker[3]), opierając się na teoryi Iwanoffa powstawania odczepienia ciałka szklistego przy *sclerectasia posterior* i wysokich stopniach myopii, sądzi, że przez odsunięcie się ciałka szklistego siatkówka naciąga się, pęka, a płyn przed nią się znajdujący dostaje się poza nią i siatkówkę odczepia.

To pęknięcie siatkówki, które często stwierdzonem bywa, ale też i niejednokrotnie zawodzi, było powodem wielu między autorami sprzeczek. Jedni sądzili, że wytworzenie się odczepienia jest rzeczą pierwotną, a pęknięcie następową, jak Graefe, który przypuszcza[4]), że płyn pozasiatkówkowy, spuszczając się

---

[1]) Arch. IV. 2., p. 238.

[2]) Decollement de la hyaloide avec la retine. Compte rendu du congres periodique international d'ophthalmologie. Paris. 1867, p. 121.

[3]) Traite des maladies du fond de l'oeil. Paris. 1871.

[4]) Arch. III., 2., p. 395. IX. 2. 1863, p. 85.

na dół, sprowadza jej odczepienie, a dopiero następowo pęknięcie. Tenże płyn, dostawszy się do ciałka szklistego, miałby następnie siatkówkę znowu przyciskać. Inni znowu, jak Wecker, sądzili, że pęknięcie stanowi powód dostania się płynu za siatkówkę, a zatem jej odczepienia.

Jednak Poncet, który właśnie badał oczy przez Weckera klinicznie śledzone, a później wyjęte, nie znalazł pęknięcia [1]).

Nie mając zamiaru historycznie przedstawić całej ewolucyi naszych pojęć o powstawaniu odczepienia siatkówki, pominę milczeniem rozmaite teorye, z których żadna jednak nie mogła zadowolić, a przejdę do tej, która niewątpliwie uwzględnia większą część przypadków, a objawy towarzyszące odczepieniu zwięźle tłómaczy. Jest to teorya, z którą wystąpił Leber w r. 1882 na zjeździe oftalmologów w Heidelbergu.

Oczywiście Leber oparł się także na tem, co dodatniego w tym kierunku wykazali jego poprzednicy, a przedewszystkiem na poszukiwaniach Iwanoffa. Główny powód odczepienia upatruje on w ciałku szklistem. Z rozmaitych powodów może ono się kurczyć, a pozostając przezroczystem, wyciska płynne części ze siebie. One to gromadzą się pomiędzy ciałkiem szklistem a siatkówką. Przy dalszem kurczeniu ciałko szkliste przylega ściśle do przedniej części siatkówki, wywiera na nią ciągnięcie, które doprowadza do przedarcia (perforacyi), a przez otwór perforacyjny wnika płyn poza siatkówkę i odczepia ją. Brzegi odczepionej siatkówki zwrócone są na wewnątrz, co, zdaniem Lebera, za owem odciąganiem przemawia.

Leber zwraca uwagę na nagłe powstawanie odczepienia. Nie ulega wątpliwości, że ono często jest nagłem, ale nie zawsze. W takich to razach napięcie może być prawidłowe. Później zawsze się obniża, a przednia komora pogłębia.

Przeciw temu zwraca się też Schweiger tak w dyskusyi w Heidelbergu, jakoteż później w pracy: Beobachtungen ueber Netzhautabloesung [2]), zaznaczając, że wprawdzie może

[1]) Mém. de la Société de biologie 1873 Decollements spontanés et complets de la rétine.

[2]) Arch. f. A. 1883.

przyjść do odczepienia przez kurczenie ciałka szklistego, ale, gdzie była perforacya, tam właśnie strzępy zwrócone były na zewnątrz, co znowu przemawia przeciw zapatrywaniu nie tylko Lebera, ale wielu innych, jak Liebreicha, Fuchsa, Schoelera, Uhthoffa, Masselona i Weckera, Hornera itd.

I tu, zdaniem mojem, obie strony mogą mieć słuszność. Nie wszystkie bowiem odczepienia przychodzą w ten sposób do skutku. Nieraz wcale perforacyi nie ma. Sam Leber na 27 odczepień tylko 14, a zatem 50% miał perforacyi, a Gałęzowski podaje nawet, że na 649 ócz z odczepieniem siatkówki, 131 widział perforacyi, a zatem, jeśli statystyka nie myli i przypadki były dobrze obserwowane, 20.1% [1]).

Ale Leber'owi nie o perforacyę chodziło, ale zamierzał raczej wykazać, że samoistne odczepienie siatkówki nie powstaje przez pierwotny wysięk naczyniówkowy, jak to Graefe przypuszczał, ale raczej w następstwie ciągnięcia, wywieranego przez kurczące się ciałko szkliste. Zapatrywanie to rozprowadził obszernie w znakomitem dziele [2]) Nordenson po zużytkowaniu obfitego materyału Lebera tak z kliniki w Getyndze jakoteż świeżego w Heidelbergu.

Otóż po dokładnem zbadaniu anatomicznem materyału poprzednio klinicznie spostrzeganego dochodzi Nordenson [3]) do następujących mniej więcej wniosków:

1. Odczepienie występuje częściej ze zaburzeniem wzroku nagłem, aniżeli powolnem.

2. Przerwanie siatkówki przytem w obu razach się spotyka. Przerwanie w kilku przypadkach mogło być wykazanem w tem miejscu siatkówki, które odpowiadało zaburzeniu wzroku najwcześniej perymetrycznie stwierdzonemu.

3. Oczy rozmaitego stanu refrakcyi zmianą tą mogą być dotknięte, najczęściej jednak krótkowzroczne.

---

[1]) Des différentes variétés des decollements de la rétine et de leur traitement. Recueil d'Ophthalm. 1883.

[2]) Die Netzhautabloesung, Unters. über deren pathologische Anatomie u. Pathogenese. Wiesbaden. 1887.

[3]) L. c. p. 236.

4. Częściej mężczyźni, aniżeli kobiety, ulegają odczepieniu.

5. Z wiekiem, aż do 60 roku życia, częstotliwość odczepienia rośnie.

6. Odczepienie występuje w oczach z wybroczynami krwawemi do ciałka szklistego i następnemi zmianami włóknistemi.

Nordenson[1]) daje w końcu wyraz następującym myślom: Lubo przy niezmienionem ciśnieniu wśródocznem perforacya uważaną być powinna jako okoliczność pośrednicząca, to jednak z tego nie wynika, jakoby każde odczepienie przez perforacyę dopiero do skutku przyszło. Do powoli zanikającego ciałka może siatkówka przylegać, a w powstającej próżni wytwarza się za siatkówką wysięk, jeżeli później następowo przyjdzie do przerwania siatkówki, to ona nie powróci już na miejsce i żaden rękoczyn nie może też żadnego pod tym względem osiągnąć skutku.

Ponieważ kurczące się ciałko szkliste, złączone ściśle ze soczewką więzadłem Zinn'ego i ciałkiem rzęskowem, pociąga owe części za sobą, przeto łatwo w takich razach przednia komórka pogłębia się, co stanowi ważne znamię pod względem rozpoznawczym

Wysięk zwolna tworzący się, jak przy *retinitis albuminurica,* może z czasem bez podwyższonego napięcia odczepienie siatkówki spowodować, a wytworzony wysięk poza siatkówką takową do ciałka szklistego przypiera, wskutek czego ona nie ulega ruchom pływającym.

Siatkówka pływająca świadczy o obecności płynu, także przed nią, co jest zawsze następstwem kurczenia się ciałka szklistego. Samoistne przylgnięcie w takich razach siatkówki do naczyniówki może nastąpić, ale tylko po wessaniu wysięku pierwotnego. —

Ta teorya, przez Lebera, względnie jego ucznia Nordensona, bardzo racyonalnie wyłożona, słusznie ma wielu zwolenników i niewątpliwie da się zastosować do większej części odczepień, mianowicie tych, które właśnie najczęściej zachodzą, t. j. w następstwie wyższych stopni myopii. Tu nie tylko

---

[1]) L. c. p. 242.

zapalenie tylne naczyniówko-twardówkowe, jakie przyjął Graefe, a z nim także i Donders, ale wogóle zapalenie naczyniowki, które, zdaniem Lebera, towarzyszy, względnie poprzedza wytworzenie odczepienia, ważną odgrywa rolę. Może ono przy każdym stanie refrakcyi ocznej rozwinąć się, najczęściej atoli towarzyszy myopii i dlatego też w tym właśnie stanie wad refrakcyjnych odczepienie głównie się spotyka.

Statystyczne dane, jakich nam dostarczyli rozmaici autorowie, nie odznaczają się jednostajnością, przemawiają jednak w każdym razie za częstotliwością krótkowzroczności przy samoistnych odczepieniach. I tak:

A. Pagenstecher na	99	odcz.	znalazł	mp.	43	razy,	tj.	44,44%,
Steffan . . . . . »	19	»	»	»	12	»	»	63,15%,
Horstmann . . . »	141	»	»	»	124	»	»	87.8 %,
Gałęzowski. . . »	649	»	»	»	598	»	»	92 %,
Walter . . . . . »	251	»	»	»	144	»	»	57,3 %,
Magnus . . . . . »	49	»	»	»	21	»	»	47,9 %.

Biorąc wszystkie sumy statystyczne razem, dostajemy na 1208 odczepień siatkówki 922 mp., czyli 76,3%.

Pozostaje więc prawie 25% przypadków odczepień siatkówki, których nie można wyłącznie na podstawie tej właśnie teoryi wytłómaczyć, lubo ona nieraz i tu dałaby się zastosować za pośrednictwem stosownego łącznika.

I tak spostrzegałem następujący przypadek odczepienia urazowego ze zupełnem wyleczeniem jeszcze za mej w Poznaniu działalności:

Pani H., 57letnia właścicielka majątku ziemskiego, przybyła do mnie d. 2 marca 1893 r. z powodu zaniewidzenia na lewe oko. Wzrok miała zawsze dobry, tylko od kilku lat używa okularów do czytania, czasami występywały jęczmionka. W r. 1885, dostawszy zawrotu, spadła ze schodów na lewą stronę głowy. Dopiero jednak od tygodnia zauważyła, że lewem okiem źle widzi. Od kilku lat straciła regularność, a równocześnie wystąpiły dolegliwości maciczne na które była długo w Berlinie leczoną.

Badanie wykazało, co następuje:

T pr. n. T lo. — 1. Wzrok pro.: $^6/_5$. Em. Sn. 0,5. + 1.75, ppr. 30 cm.

Wzrok lo.: palce na niespełna 2 mtr. tylko od dołu.

Źrenica lewego oka nieco rozszerzona. Ośrodki łamiące czyste, dołem odczepienie siatkówki gładkie, dosyć wypuklone, najwięcej od wewnątrz i zewnątrz, i tam też najwyżej sięgające, bo do południka poziomego, pozostawiając atoli tarcz wolną. W tem miejscu refrakcya miarowa, w miejscu odczepienia, oczywiście w rozmaitym stopniu, nadmiarowa. Badając ośrodki przez *plus* 4 drobnopyłkowe stwierdziłem zaćmienia siatkowe ciałka szklistego.

Nigdzie przekonać się nie można o perforacyi siatkówki, a poprzez siatkówkę widać płyn przezroczysty jasny. Siatkówka nie zdaje się falować. Stwierdziwszy odczepienie siatkówki, względnie jeszcze świeże, poleciłem chorej, by pozostała dla leczenia w mej prywatnej lecznicy, na co się też zaraz zgodziła, zapytując tylko, czy jej oko wyjmę.

Zdziwiony niepomiernie tem pytaniem, starając się wyśledzić powód tegoż, dowiedziałem się, że chora, nie zastawszy rzekomo mnie, udała się do innego okulisty, który po dłuższem badaniu oświadczył, że oko musi być wyjęte (prawdopodobnie przypuszczając narośl). Mogłem naturalnie pod tym względem uspokoić chorą, nie wiedząc na razie, jak pięknym wynikiem uwieńczone będzie leczenie, które niemało wspierała chora sama usposobieniem flegmatycznem. Przez 4 tygodnie ustawicznie leżała w znak. Leczenie polegało na opasce uciskowej, kąpielach gorących nożnych i wstrzykiwaniu pilokarpiny podskórnie, które z początku źle było znoszone. Już po 3 dniach przekonałem się, że odczepienie znacznie się przypłaszczyło. Dnia 18 marca znalazłem odczepienie już tylko bardzo płaskie. W 4 dni później chora zaczęła wstawać, a badanie wzroku dnia 25 marca wykazało $^6/_{24}$. Hp. 0.75. Sn. 0.8, c. 4. Wziernikiem odczepienia już wcale nie mogłem stwierdzić, tylko siatkówka u samego dołu była nieco szara. Perymetr słabe tylko wykazuje ograniczenie pola dołem wewnątrz, a także górą wewnątrz. Chora uszczęśliwiona wynikiem, skarży się tylko na czasami występujące jeszcze błyski. Dnia 28 marca i te znikły zupełnie, a wzrok podniósł się do $^6/_{24-18}$. Hp. 0.5. Sn. 08, c. 4. Oft.: siatkówka wszędzie dobrze przylega, dołem niewyraźna plama pigmentowana. W dwa dni później chora już lecznicę opuściła. Żadnych nie miała dolegliwości, ale skarżyła się na ból, od czasu uderzenia ją trapiący w lewem oku.

Później miałem jeszcze ponownie sposobność badać oczy

chorej. Nie będę zaznaczał okoliczności mniej ważnych, nadmienię tylko, że po raz ostatni w lipcu r. 1896, a zatem po trzech latach wzrok lewego oka badany wynosił $^{6}/_{12}$ Em. Sn. 0.8, c. 2,75, p. pr. 30 cm. Pole widzenia niezmienione, a wziernikiem stwierdziłem czystość ciałka szklistego, dołem zaś wewnątrz w siatkówce dwie nieregularnie owalne, nad sobą leżące, niewyraźne plamy białoszare. Nie można atoli miejsc tych uważać za ślady perforacyi. Nie widać zwłaszcza żadnych strzępków, ani też obnażonej naczyniówki. Są one raczej wyrazem zmacerowania pigmentu nabłonka siatkówkowego przez płyn wydzielony przez naczyniówkę w miejscu największego siatkówki wydęcia.

Cóż więc, pytamy, mogło w tym przypadku spowodować odczepienie siatkówki, stanowczo nie nagłe, ale wolno wytwarzające się? Chora upadła kiedyś ze schodów na lewy bok, ale potem jeszcze długo widziała dobrze.

Stawiając sobie to pytanie, w czasie leczenia chorej, dowiedziałem się, iż w kilka dni przed spostrzeżonem obniżeniem się wzroku miała chora uderzyć głową w odrzwie. Byłby to jedyny wiadomy moment etyologiczny, jeżeli można do niego przywięzywać jaką wagę, dający się zastosować do tego przypadku. Jednakże niewątpliwie w zwykłych warunkach życia nieraz przychodzi do lekkiego urazu, na który w danej chwili nie zwracamy uwagi, a który nam się później dopiero skutkami swymi przypomni. Z urazowem odczepieniem siatkówki łączymy atoli zwykle przypuszczenie wybroczyn krwawych, które Graefe głównie za odczepienia przyczynę uważał. W naszym przypadku stanowczo żadnej krwi poza siatkówką nie było, byłaby ona się oftalmoskopijnie uwydatniła i nie byłaby tak szybko znikła bez śladu. Jeżeli rzeczywiście uraz przyjmiemy jako bezpośrednią przyczynę, to chyba nadać musimy temu urazowi znaczenie zaburzenia troficznego. Już Schnabel[1]) obwinia co do jaskry rodzaj nerwicy, wywołującej zaburzenie sprawności nerwowej, która reguluje stosunek wydzieliny i odpływu cieczy, jako powód przyczynowy. W zastosowaniu do odczepienia siatkówki takie zaburzenie troficzne wsku-

[1]) Ueber Glaukom u. Iridectomie. 1876, p. 67—74.

tek urazu mogłoby spowodować wzmożony odpływ cieczy wśródocznej, albo, co prawdopodobniejsze, przy braku zaburzeń sprawy odpływowej, mogłaby wydzielina cieczy być obniżoną, a zwłaszcza pojemność ciałka szklistego mogłaby być zmniejszoną, wskutek czego przychodzi następowo do wysięku pozasiatkówkowego. Mielibyśmy więc w takim razie do czynienia z negatywnem ciśnieniem w ciałku szklistem.

Dokończenie nastąpi.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

1. **Archiv für Augenheilkunde.** Tom XLIV.

Ogłoszenia okulistyczne z Egiptu (Augenärztliche Mittheilungen aus Aegypten). Dr A. Osborne z Aleksandryi.

Obok kilku zajmujących spostrzeżeń okulistycznych, opisanych przez autora na końcu swej pracy i dających nam wyobrażenie, że autor znajduje się zupełnie na wysokości dzisiejszej nauki, przedstawia on trudności, z jakiemi się spotyka okulista, praktykujący w Egipcie. Główną tego przyczyną jest brud, w jakim się niejako lubują mieszkańcy Egiptu, a także i fanatyzm ich religijny. Oba te czynniki utrudniają szczególnie wszelkie zabiegi operacyjne. Pomimo tego może się autor poszczycić wcale dobrymi wynikami leczniczymi, a dokładnie zestawiona tablica uwidocznia nam ciągły przyrost zabiegów operacyjnych w ostatniem pięcioleciu. Prócz licznych chorób zakaźnych spojówki, które tam nagminnie występują, szczególnie silnie jest rozpowszechnioną jaglica. Pomiędzy ludem jest nawet bardzo trudno widzieć człowieka od niej wolnego. Nasilenie tej choroby, jak również i wzrost innych różnorakich tam panujących cierpień spojówki daje się stale spostrzegać w miesiącach letnich. — W prostym bowiem stosunku do wzmagania się ciepłoty wzmagają się i szkodliwości, działające zgubnie na spojówkę oczu. Do takich należy przedewszystkiem zaliczyć bardzo znaczny kurz i całe roje much. Oba te czynniki etyologiczne mają tam całkiem inną doniosłość, aniżeli w Europie. Kurz bowiem tamtejszy działa nie tylko drażniąco, ale i zakaźnie i powoduje on liczne zapalenia ropne spojówek. Powodu tego szukać należy w gęstem zaludnieniu i niechlujności mieszkańców. Muchy zaś, i to szczególnie moskity, które są prawdziwą plagą Egiptu, przenoszą to zakażenie z łatwością

z jednego osobnika na drugiego, i to tem bardziej, że wskutek nieudolności mieszkańców wypełniają one częstokroć cały worek spojówkowy.

Główną uwagę poświęca autor leczeniu jaglicy. Przy jej ropnym okresie posługuje się on 1—3% rozczynem azotanu srebra i 10—20% protargolem.

W przypadkach, w których spojówka jest wybujałą a rogówka nietkniętą, używa autor w ostrym okresie jaglicy sinego kamienia, a jagły wygniata szczypczykami Knappa.

W okresie przewlekłym wyciera spojówkę $^1/_{250}$—$^1/_{100}$% rozczynem sublimatu. Przy powikłaniach ze strony rogówki używa autor, obok powyższych wycierań, mięsienia maścią ichtyolową.

Przy łuszczce daje dobre wyniki mięsienie maścią ichtyolową z następowem odrapywaniem rogówki. Przy wadliwem ustawieniu rzęs wycina autor chrząstkę według metody Snellena.

Dr T. Bałłaban.

Stereoskop dla użytku zezujących, mający na celu usunięcie nieczynności jednego oka. (Stereoskop für Schielende zur Bekämpfung der Neutralisation). Dr A. Senn.

Do osiągnięcia widzenia obuocznego u zezujących, u których jedno oko jest nieczynne, posługujemy się stereoskopem i służącemi do tego obrazkami, które ćwiczący ma zlać w jedną całość. Wiemy to z doświadczenia, że sposób ten daje nam zbyt często niezadawalające wyniki, gdyż nieczynne oko nakłania się tylko leniwie do działania.

Chcąc trudność tę usunąć i zmusić niejako oko nieczynne do czynności, sporządził autor przyrząd, który jest tylko uzupełnieniem znanych stereoskopów amerykańskich. W tym celu umieścił powyżej przedziałki, umieszczonej tuż przed szkłami trójgrannemi stereoskopu, po obu jej stronach, po 5 płytek dymnych, ułożonych w odpowiednich ramkach równolegle do siebie. Płytki te dają się każda z osobna z łatwością podnosić i zesuwać przed szkła trójgranne.

Użycie tego przyrządu jest bardzo pojedyncze. Jeżeli n. p. jedno oko jest nieczynne, to zesuwamy przed oko zdrowe kolejno jedną płytkę po drugiej. Obraz, znajdujący się teraz przed okiem zdrowem, zaciemnia się coraz więcej, w miarę zaś tego uwidocznia się obraz przed okiem nieczynnem coraz dokładniej, i to tem więcej, im większą ilością płytek zasłonimy oko zdrowe. Skoro już oko nieczynne rozezna znaczki, znajdujące się przed niem, podnosimy z przed oka zdrowego jedną płytkę po drugiej i przy kolejnem ich wysuwaniu ćwiczymy oko nieczynne tak długo, aż po zupełnem ich usunięciu rozezna ćwiczący obustronny obraz stereoskopu.

Użycie tego przyrządu dawało autorowi zawsze wyniki dodatnie. — *Dr T. Bałłaban.*

Zabieg operacyjny w przypadku pozagałkowego mięsaka śluzakowego. (Operativ behandelter Fall eines Myxosarcoma retrobulbare). Dr J. Fejér.

U 9letniego dziecka zauważył autor bardzo silny trzeszcz prawej gałki ocznej, która, zupełnie unieruchomiona, była przesuniętą ku górze. Powieka dolna była całkowicie odwróconą. Pod powieką górną dawał się wymacać w głębi kości oczodołowej twardy guz. Rogówka tego oka była w górnej połowie zmętniałą, zaś w dolnej zropiałą. Oko nie rozeznawało światła. Wśród bardzo znacznego krwotoku wyjął autor to oko. Po wyjęciu gałki pojawił się w głębi oczodołu nowotwór, przylegający szczelnie do jego górnej i dolnej ściany, przyczem nerw wzrokowy był zupełnie przesunięty ku górze. Nowotwór ten, otoczony lśniącą torbą, był ku przodowi kulistym, ku tyłowi zaś zwężał się i był silnie przyrosłym do otworu nerwu wzrokowego *(foramen opt.)*.

Po jego wyjęciu został oczodół wyłyżeczkowany i przypalony. Po tym zabiegu dziecko wyzdrowiało. Po 3 miesiącach potem ponowił się nowotwór dwukrotnie.

Badanie drobnowidowe wykazało, że rozchodziło się w tym przypadku o mięsak śluzakowy.

Autor zwraca uwagę na szczególniejszą złośliwość nowotworów, pojawiających się w wieku dziecięcym. *Dr T. Bałłaban.*

Operacye oczu krótkowidzących w klinice ocznej w Bydgoszczy (Die Myopie-Operationen der Bromberger Augenklinik). Dr M. Meyerhof.

Autor zestawił tabelarycznie 30 przypadków silnego krótkowidzenia (od 10—28 D), które operowano na klinice w Bydgoszczy. Przebieg operacyjny był bez wyjątku dobry. Do zupełnego usunięcia soczewki robiono w poszczególnych przypadkach 1 do 5 dyscysyi torebki i 1 do 3 linijnych wyjęć soczewki. Z powikłań wystąpiła w 3 przypadkach ostra jaskra (T. + 3), w 2 zaś podrażnienie tęczówki.

W 3 przypadkach wystąpiło oderwanie siatkówki. Zakażenia rany nie było nigdy. Bystrość wzroku polepszała się znacznie po operacyi w 90% przypadków i to na $^1/_7$—$^2/_3$. Dlatego też wynik leczniczy tego zabiegu należy nazwać zawsze korzystnym. Z tego też powodu niebezpieczeństwo oderwania siatkówki nie powinno dla nas być przeciwwskazaniem do podjęcia tej operacyi w tych przypadkach, w których wzrastające z roku na rok krótkowidzenie robi człowieka niezdolnym do pracy.

Ważna jest rzeczą uwzględnić przytem stopień krótkowidzenia, gdyż poniżej — 15 D nie powinno się operować.

Zabiegów operacyjnych powinno być w każdym przypadku jak najmniej, a okresy pomiędzy pojedynczymi zabiegami operacyjnymi powinny być jak najdłuższe.

Wiek operowanych może się wahać pomiędzy 8 a 40 rokiem życia. — *Dr T. Bałłaban.*

Kilka spostrzeżeń w przypadku zupełnej ślepoty na barwy (Einige Beobachtungen an einem Falle von totaler Farbenblindheit). Prof. Dr W. A. Nagel.

Podobnie, jak w przypadkach Königa, Uhthoffa i Abneya, mógł również i autor udowodnić w widzianym przez siebie przypadku braki w polu widzenia. Braki te były przyśrodkowe *(paracentrale Scotome)*, w przeciwieństwie do środkowych braków w przypadkach powyższych autorów. Oprócz tego zajmywał się autor badaniem następowego obrazu *(nachlaufendes Bild)* Purkinyego, który mógł być zawsze u badanego wywołanym. Chętnego do zapoznania się z teoretycznymi wywodami co do sposobu powstawania tego objawu, jak i co do sposobu badania, stosowanego przez autora, muszę odesłać do oryginału.

Bardzo ważną dla nas jest okoliczność, że tak w tym przypadku, jak i we wszystkich dotychczas badanych przypadkach zupełnej ślepoty na barwy znajdywało się drżenie gałek i zez.

Dr T. Bałłaban.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde.

Rzadki przypadek urazu ocznego. (Eine seltene Augenverletzung). Dr Quint z Solingen. (Nr. 10. 1901).

Autor opisuje rzadki przypadek urazu ocznego, powstałego u 29letniego ślusarza przy otwieraniu skrzyni z jajami. Otóż przy zajęciu tem odskoczyła deska z dwoma wygiętymi gwoździmi, uderzyła go w zewnętrzny górny brzeg lewego oczodołu, przyczem jeden gwóźdź, przebiwszy łuk brwiowy, przebił gałkę oczną z tyłu, dołu i wewnątrz, tworząc w ten sposób pęknięcie twardówki, naczyniówki i siatkówki.

Zewnątrz na łuku brwiowym widać było punkcikowate i linijne krwią podeszłe blizny, pochodzące od gwoździa i deszczułki, która natychmiast wraz z gwoździmi odskoczyła. Kanał, przez gwóźdź utworzony, można było tylko do pewnej granicy (z powodu silnych boleści) sondować. Gałka sama była zewnątrz prawidłowa, tylko spojówka silnie była nastrzykniętą.

Wziernikiem widać było, prócz delikatnych krwotoków do ciałka szklistego, 3 szerokości tarczy na zewnątrz od plamki żółtej, otwór, idący przez siatkówkę i naczyniówkę, długi $1^1/_2$ szerokości tarczy i $1^1/_4$ szerokości tarczy szeroki; przez ten otwór, idący także przez twardówkę, można było patrzeć poza gałkę oczną, a widać tylko było ciemne, bliżej niedające się rozpoznać, miejsce. W otworze tym sterczały dwa białawo-świecące włosy (z brwi), z których jeden, łukowato zgięty, w całości prawie leżał na siatkówce, a drugi w połowie tylko sterczał przez otwór, i również leżał łukowato zgięty na siatkówce i przytykał do pierwszego włosa. Włosy te niezawodnie więc pochodziły z brwi i dostały się do wnętrza razem z gwoździem przez kanał przy tej sposobności utworzony i pozostały tutaj, podczas, gdy deszczułka z gwoździem odskoczyły.

Po 14 dniach otwór ten we wnętrzu oka zaczynał się wypełniać tkanką, pochodzącą prawdopodobnie z tkanki pozagałkowej. Na zbliznowaciałej tkance widać było obydwa niezmienione włosy. Zabliźnianie odbywało się bez żadnych oznak reakcyjnych, z czego można było wnosić, iż zarodki infekcyjne zatraciły się w kanale, przez gwóźdź utworzonym.

Bystrość wzroku po sześciu tygodniach wynosiła $^5/_{10}$, lecz pole widzenia wskazywało odpowiednią ciemną plamę. *Dr Gruder.*

Odłamek żelaza we wnętrzu oka i dwa przypadki t. zw. „Krypto-Sarcoma“ naczyniówki. (Eisensplitter im Augeninnern und zwei Fälle von Krypto-Sarcom der Chorioidea). Prof. Goldzieher w Peszcie. (Nr 11. 1901).

a). *Odłamek żelaza we wnętrzu oka i pomyślne wyjęcie tegoż przy pomocy elektromagnesu Hirschberga.*

Odłamek żelaza dostał się do wnętrza oka przez górny brzeg rogówki i przez tęczówkę, utworzywszy w ostatniej szparę postaci gruszkowatej i sięgajacą do zwieracza *(sphincter)* tęczówki. Wziernikiem nie można było nic odnaleść, a ciałko szkliste było zupełnie czyste. Badanie przy pomocy promieni Roentgena dało mały cień; dopiero zapomocą sideroskopu Asmusa stwierdzono umiejscowienie odłamka żelaza w dolno zewnętrznym kwadrancie twardówki. Odłamek wyjęto elektromagnesem Hirschberga podług tegoż metody. Wielkość wynosiła 4 mm długości, $2^1/_2$ mm szerokości, ciężar 0·03 gr. Bystrość wzroku tegoż oka po operacyi wynosiła V = 0·5.

b). *Dwa przypadki t. zw. „Kryptosarcoma“ naczyniówki.*

Idąc za Schoeblem, który wprowadził do patologii wyraz »Krypto-Glioma«, autor zatrzymuje nazwę »kryptosarcoma« dla mięsaków takich, których objawy tak są powikłane i niedokładne, iż

dopiero anatomiczne badanie gałki ocznej zapewnia obecność tego nowotworu.

W pierwszym przypadku autor przypuszczał nowotwór na podstawie czaszki u 71letniego chorego, skarżącego się na bóle głowy z lewej strony i upośledzenie wzroku oka lewego. Prawe oko było zupełnie prawidłowe; na lewem pole widzenia dawało rozpoznanie ślepoty połowicznej jednostronnej po stronie nosa *(hemianopsia monocularis nasalis)* i amblyopię strony skroniowej tegożsamego oka. Wziernik nie wskazywał na lewem oku nic patologicznego. W porozumieniu z kliniką neuropatologiczną zgodzono się na dyagnozę, iż ognisko choroby musi leżeć w zewnętrznym kąciku lewego skrzyżowania się nerwu ocznego *(chiasma)* i że to jest albo nowotwór lub wysięk. Takie ognisko choroby mogłoby spowodować przez porażenie włókien niekrzyżujących się połowiczną ślepotę od strony nosa, jakoteż przez ucisk na skrzyżowane włókna wywołać amblyopię od strony skroniowej tego samego oka. Po pięciu miesiącach chory powraca z silną jaskrą tego oka, ale zupełnie już ślepego. Po wyjęciu gałki rozpoznano mięsaka barwikowego naczyniówki i całkowite odczepienie siatkówki.

W drugim przypadku u 63letniej chorej prawe oko było prawidłowe, lewe silnie zadrażnione, spojówka silnie obrzmiała, rogówka czysta, *iritis*, T — 2. V = 0; źrenica na atropinę słabo się rozszerza, soczewka przezroczysta, ciałko szkliste mętne, czerwonego światła z dna oka wydobyć nie można. Mimo hypotonii (— 2) myślano o nowotworze, a ponieważ chora nie zgadzała się na wyjęcie gałki, zarządzono silne wcierki przez 10 dni. Podczas tego leczenia powstaje na drugiem, dotąd zupełnie zdrowem, oku silna i typowa *iridocyclitis serosa;* gałka na dotyk bardzo wrażliwa.

Wśród takich warunków wyjęto lewą gałkę, poczem stan oka prawego szybko się polepszył. Badanie anatomiczne lewego oka wykazało ciemno zabarwiony mięsak naczyniówki, wielkości fasoli; siatkówka nie była odczepiona, lecz szczelnie przylegała do nowotworu. Między soczewką a odczepionem ciałkiem szklistem płyn surowiczy. Przednia część gałki prawidłowa.

Przypadek *iridocyclitis serosa* prawego oka autor zalicza do kategoryi rzadkich przypadków zapalenia współczulnego, wywołanego nowotworem pierwszego oka. *Dr Gruder.*

Wpływ nastawczego aparatu oka na stopień wypukłości rogówki. W. Dobrosławin (»Wracz«, Nr 44).

Jest to krótka rozprawka, zapowiadająca obszerniejszą pracę. Autor robił na królikach w pracowni warsz. ujazd. szpitala szereg

doświadczeń, aby się przekonać, czy też się zmienia wypukłość oka pod wpływem nastawienia go na bliskie i odległe przedmioty. Autor wypróbował 2 stany akomodacyi — porażenie (atropina) i skurcz (ezeryna). Unieruchomiwszy królika, któremu poprzednio zakraplano za pomocą osobnego przyrządu ezerynę lub atropinę, odfotografowywano wytwarzane w tych warunkach obrazki na rogówce, które porównywano z takowemi w prawidłowym stanie oczu. Przekonano się, że rogówka podczas skurczu i porażenia akomodacyi zmienia promień swej krzywizny.

Czekamy obszernej rozprawy, która ma nam przynieść bliższe szczegóły w tym przedmiocie. *Dr J. T.*

Przyczynek do znajomości zaburzeń ocznych w przebiegu rumienia lombardzkiego. Dr I. Garofolo z Fiume. (»Wiener Medicinische Presse«, 1901, Nr 10).

Już od dawna oftalmologom znanem było, że rumień lombardzki wywołuje zmiany oczne, lecz doświadczenia te polegały tylko na przypadkowych spostrzeżeniach, a dopiero ze strony psychiatrów (Lombroso) pojawiły się pierwsze szczegółowe badania w tym kierunku. W najnowszym czasie trudnił się tym przedmiotem Bietti, który w 98 przypadkach pellagry, tylko 30 razy stwierdził zmiany oczne[1]). Ciężkie zaburzenia oczne, zwłaszcza takie, jakie Lombroso opisał, są prawdopodobnie bardzo rzadkie. Niezwykły przypadek takiego ciężkiego zaburzenia ocznego na tle rumienia lombardzkiego opisuje G.

Dnia 29 września 1900 roku przyjęto do szpitala w Fiume 28letnią panią M. B. z Kraljevica. Chora podaje, że zawsze była zdrową, ze zdrowej pochodzi rodziny, od ośmiu lat jest zamężną, miała dwoje dzieci, z których jedno po $1^1/_2$ roku życia na krzywicę umarło; drugie, także rachityczne, żyje i jest zdrowe. Choroba zaczęła się przed $1^1/_2$ miesiącem silnym bólem głowy, zaczerwienieniem całej twarzy i wysadzeniem, ciągle się wzmagającem, gałek ocznych. W 8 dni później powstało odwinięcie dolnych powiek. Chora czuła się bardzo osłabioną i musiała się położyć. Bóle głowy były teraz większe, ciągłe wymioty, wstręt do jadła, przytem bystrość wzroku wciąż się zmniejszała. Gdy inne objawy powoli ustępywały, a trzeszcz, *ectropium* i upośledzenie bystrości wzroku dalej trwały, oddano chorą do szpitala.

Stat. praes.: Osoba dobrze zbudowana, miernie odżywiona, bardzo blada; nigdzie śladu przebytej kiły, w narządach wewnętrznych, z wyjątkiem lekkiego, skurczowego szmeru, nic nieprawidło-

---

[1]) Por. Postęp Okulistyczny, 1901, str. 315.

wego. Chora żali się na silny ból głowy, mrowienie w kończynach górnych i ogólne osłabienie. Obie gałki oczne w wysokim stopniu wysadzone (lewa więcej od prawej) i całkiem nieruchome. Lekka rozbieżność osi. Górne powieki silnie obrzmiałe, dolne — wskutek ogromnego obrzęku spojówki i dolnego załamka — odwinięte tak, że zewnętrznego kącika ani też brzegu powiek nie widać. Odwinięta spojówka częściowo strupem pokryta. Rogówki i przednie komory prawidłowe, źrenice 6 mm. szerokie, na światło prawidłowo oddziaływają, napięcie prawidłowe. Dokładne badanie wziernikiem, jakoteż zbadanie bystrości wzroku wskutek mocnego osłabienia chorej uniemożliwione. Podwójnego widzenia nie ma.

Dr Catti wykrył na obydwóch rękach chorej zeskórnienie i zgrubienia, które zaraz wzbudziły podejrzenie pellagry, zwłaszcza, gdy się dowiedziano, że głównym pokarmem chorej była mąka kukurudziana, i że w jej miejscu rodzinnem zaszło już kilka niewątpliwych przypadków pellagry.

Leczenie: Solutio Fowleri do 30 kropel dziennie.

Ogólny stan chorej w następnych dniach tak się poprawił, że można ją było wziernikować, przyczem stwierdzono: Pr. o. tarcz zmętniona, szaroczerwonawa, jakby welonem pokryta, brzeg jej niewyraźny. Otaczająca siatkówka na szerokość kilku średnic tarczy obrzmiała, szarobiaławo nacieczona, nieprzezroczysta, naczynia mocno pokręcone i porozszerzane. Różnica w niveau między obrzękiem siatkówki i tarczą wynosi 3 D. Obraz przypomina częściowe odczepienie siatkówki. Zresztą dno oka prawidłowe. V. = $^5/_{50}$, pole widzenia, poczucie barw — prawidłowe. — L. o. Stan taki sam, jak u prawego.

Ruchomość gałek, wysadzenie i inne objawy po kilku dniach znacznie się poprawiają. 31 października: Wysadzenie gałek i odwinięcie powiek dolnych ustąpiło, lecz spojówka gałek, *caruncula lacrymalis* i *plica semilunaris* jeszcze obrzmiałe. — 15 listopada. Vd. $^6/_6$. Vs. $^6/_7$. — L. o. Tarcz lekko wystaje, nieco więcej czerwona, otaczająca siatkówka nieco mniej przezroczysta, zresztą dno prawidłowe. Żyły jeszcze trochę pokręcone. — P. o. Tarcz w skroniowej części bledsza, w górnym wewnętrznym kwadrancie zamglona tak, że naczyń w tem miejscu nie widać, otaczająca siatkówka miernie zmętniona, okolica plamki prawidłowa. — Chora opuszcza szpital 30 listopada. W 3 tygodnie później V. na obydwóch oczach = $^6/_6$.

Autor przypuszcza w tym przypadku obrzęk zapalny tkanki oczodołowej i tłómaczy objawy opisane uciskiem, wywartym na nerw wzrokowy i na naczynia.

Obraz wziernikowy wyjaśnić niełatwo, gdyż podobnego, zda-

niem autora, nie opisano dotąd w literaturze. Rozważywszy wszystkie dane, dochodzi Garofolo do wniosku, że tarcze nerwów wzrokowych z powodu bardzo znacznego wysadzenia gałek zostały wciągnięte ku tyłowi, w głąb oczodołu, i stąd ta różnica w niveau, mianowicie to wystawanie siatkówki w ich otoczeniu. Inne objawy wziernikowe dadzą się odnieść do zastoju żylnego zupełnie naturalnego w tych warunkach. *Dr Neschling.*

Przyczynek do rozpoznawania złośliwych nowotworów wśródgałkowych u dziecka (Zur Diagnose bösartiger intraoculärer Geschwülste beim Kinde). Dr G. Sourdille z Nantes (»Die Ophthalmologische Klinik«, 1901, Nr 21).

Autor podnosi wielkie trudności rozpoznawcze, jakie nastręczają przypadki złośliwych nowotworów wśródgałkowych u dzieci, w szczególności glejak siatkówki jako rodzaj nowotworu ocznego u dzieci najczęściej spotykany. Z przekąsem wyraża się Sourdille o częstych pomyłkach rozpoznawczych, które okuliści usiłują niejednokrotnie osłonić takiemi nazwami, jak *pseudoglioma*, gdy po wyjęciu gałki okazało się, że nowotworu nie ma, — lub *kryptoglioma*, gdy z powodu mylnego rozpoznania zaniedbano wyłuszczyć w porę nowotworem zajęte oko. — Autor przyznaje jednak, że i jemu zdarzyło się dwukrotnie postawić błędne rozpoznanie i obydwa te spostrzeżenia szczegółowo opisuje. W pierwszem z nich zarówno wywiady jak i wszelkie objawy przedmiotowe (między innemi guzki białawe na tęczówce podobne do złudzenia do gruzełków) uprawniały do rozpoznania: *iridocyclitis tuberculosa.* Tymczasem badanie drobnowidowe wykazało *glioma retinae.* Guzki w tęczówce okazały również utkanie glejaka, a nawet *hypopyon* na dnie przedniej komory zawierało same tylko komórki nowotworowe. W drugim przypadku znamienny obraz kliniczny kociego oka (amaurotisches Katzenauge) i objawy jaskry następowej (T + 2) skłoniły autora do przyjęcia rozpoznania: *glioma.* Sekcya gałki ocznej nie wykazała jednak ani śladu nowotworu, tylko ścisłą błonę włóknistą, oddzielającą ciało szkliste od tylnej i przedniej komory, co wywołało podniesienie napięcia śródocznego.

Celem uniknięcia podobnych błędów rozpoznawczych radzi autor w każdym przypadku używać prześwietlania, poleconego przez Rochon Duvigneaud'a, a w razie stwierdzenia obecności guza starać się przekonać o jego naturze przez badanie drobnowidowe cząstek wydobytych za pomocą nakłucia próbnego.

Dr K. W. Majewski.

Dwa przypadki tak zwanego zbioru objawów Hornera. Bronisław Ziemiński (»Kronika Lekarska«, Nr 9, 1891).

Przytoczywszy literaturę przedmiotu — pewnego zbioru objawów chorobowych (ptosis, myosis, enophthalmus unilateralis), autor słusznie twierdzi, iż zależne są one od chorobliwego stanu odpowiednich włókien n. współczulnego szyjowego. Dr Z. podaje 2 przypadki przez siebie spostrzegane: 1) Objawy te zachodziły u 32letniej kobiety z lewej strony, przyczem stwierdzono, że lewe oko miało Hp., kiedy prawe miało Mp., że lewa połowa twarzy była bledszą, a w kilka miesięcy potem hemiatrophia facialis. 2) Powyższe objawy stwierdzono w lewem oku 8letniego chłopczyny, któremu ułamany kij metalowy od parasola uwiązł przed dwiema godzinami w szyi poniżej lewego kąta żuchwy. Chorego spostrzegano dość długo i stwierdzono przytem, iż, prócz zmian w oku, lewa połowa twarzy jest więcej zaczerwienioną, cieplejszą i poci się. Zapadnięta gałka oczna o zmniejszonem napięciu (hypotonia) zapadła o 1,5 mm. głębiej w oczodół, aniżeli prawa, gdy u 32letniej chorej gałka zapadniętą była o 2 mm. głębiej od oka zdrowego, równie o zmniejszonem napięciu.

Tacy chorzy z cierpieniem troficznej sfery więcej nadają się do leczenia przez neurologów, aniżeli okulistów. Udają się oni do tych ostatnich, a to z tego powodu, iż pierwszym objawem choroby, na który zwracają uwagę, jest zmniejszenie się oka, czemu niekiedy towarzyszy pewne przyciemnienie przedmiotów przy spoglądaniu okiem chorem, choć przedmiotowo — jak twierdzi Dr Z. — niepodobna nieraz stwierdzić różnicy w bystrości wzroku obu oczu, ani też w akomodacyi.

Streściwszy te 2 spostrzeżenia, nie mogę nie zauważyć, że szanowny autor pominął w literaturze przedmiotu dwie moje prace, a mianowicie: a) Wciąganie gałki ocznej do oczodołu, enophthalmus, odczyt. na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie[1]), i b) Phthisis bulbi essentialis et enophthalmus oc. dext. z rycina[2]). W obu przypadkach stwierdziłem jednocześnie amaurosis.

Dr J. T.

Przypadek zapalenia nerwów (neuritis multiplex) w następstwie zatrucia tlenkiem węgla z zajęciem nerwu wzrokowego (Ein Fall von multipler Neuritis nach Kohlenoxydvergiftung mit Betheiligung der Sehnerven). Dr H. Schwabe z Plauen (»Münchener Medicinische Wochenschrift«, 1901, Nr 39).

Pewien robotnik, pracujący we fabryce cukru, uległ tak silnemu zatruciu tlenkiem węgla, że utracił zupełnie przytomność,

[1]) Kronika Lekarska, Nr 20, 1881.
[2]) Wojenno-medic. Żurnał, Maj, 1898.

którą odzyskał dopiero po upływie kilku dni. W czasie, kiedy autor zaczął śledzić przebieg choroby, — badanie wykazywało objawy zapalenia nerwu kulszowego prawego, oraz zaburzenia w zakresie lewego nerwu kulszowego, obydwóch nerwów udowych, a szczególniej w zakresie prawego nerwu ramieniowego, po części zaś także dolnej gałęzi lewego nerwu twarzowego. Zaburzenia te mogły mieć również za podstawę sprawę zapalną w tych nerwach. Ze strony oczu stwierdził autor lekkie zapalenie lewego nerwu wzrokowego z upośledzeniem naosiowego poczucia barw, oraz porażenie akomodacyi u oka prawego. To porażenie akomodacyi uważa Dr Schwabe za następstwo obwodowego zapalenia gałązek nerwu okoruchowego, a nie za sprawę ośrodkową. — Spostrzeżenie to jest — zdaniem autora — z tego względu ciekawem i wyjątkowem, że zmiany zapalne dotyczyły tylu nerwów równocześnie. — Przypadek skończył się powrotem do zupełnego zdrowia. *Dr K. W. Majewski.*

Zapalenie powieki i spojówki, wywołane sokiem jagody z ecballium elaterium (Ophthalmie hervorgerufen durch die Eselsgurke). Dr Moissonnier z Tours. (»Die Ophthalmologische Klinik«. 1901, Nr 19).

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do 60letniego, silnego i krwistego mężczyzny, który zgłosił się do niego z powodu bardzo znacznego obrzęku i zapalenia powiek lewego oka. Obrzęk przechodził na czoło i policzek, gdzie się gubił bez ostrej granicy. Skóra powiek była zaczerwieniona, napięta i gorąca. Spojówka silnie przekrwiona. Wydzieliny brak. Na rogówce mały ubytek przybłonkowy, zresztą sama gałka oczna bez zmian. Zrazu nie można było wykryć żadnej przyczyny tego zapalenia, które rozwinęło się nagle, w ciągu jednego dnia. W moczu wykazało badanie obecność cukru. Przez szczegółowe wypytywanie doszedł wreszcie autor, że choremu dnia poprzedniego bryznął w lewe oko sok z jagody pospolitego w okolicach Tours ziela, należącego do rodziny *Cucurbitaceae*, a zwanego w botanice *ecballium elaterium*[1]). Sok z jagód tej rośliny posiada własności trujące i zażyty w ilości 1—2 centigr. wywołuje silną *gastroenteritis* z wymiotami i wypróżnieniami surowiczemi. Sok ten używany był dawniej jako *drasticum*[2]). Nie dziw, że środek tak silnie drażniący wywołał w oku burzliwe objawy zapalne. W przypadku

[1]) Po polsku roślina nazywa się ośli ogórek albo tryskacz. Ta ostatnia nazwa pochodzi stąd, że owoce ziela za lada podmuchem wiatru lub za dotknięciem odrywają się od swej szypułki, a wtedy z otworu, w którym tkwiła szypułka, wytryska sok mleczny, zawierający nasienie. *(ref.)*

[2]) Zawiera goryczkę, takąż samą jak colocyntheina. *W.*

tym oko przy leczeniu przeciwzapalnem powróciło w ciągu ośmiu dni do stanu prawidłowego. Cukier w moczu znikł już następnego dnia tak, że obecność jego przemawiała tylko za przemijającą glykozuryą, której autor bliżej nie wyjaśnia. — *Dr K. W. Majewski.*

O kile narządu wzrokowego pod względem statystycznym i klinicznym (De la syphilis oculaire, note statistique et clinique). Dr J. Lavagna, kierownik Zakładu oftalmicznego księżnej Alicyi w Monaco. 1901.

Autor podaje statystykę chorób ocznych wywołanych zakażeniem kiłowem, opartą na materyale zakładu oftalmicznego księżnej Alicyi w Monaco. W czasie od 1 grudnia 1895 do 30 października 1896 stwierdził autor w liczbie ogólnej 2355 chorych w 212 przypadkach tło kiłowe, mianowicie 44 razy kiłę nabytą, a 168 razy kiłę dziedziczną. Autor podnosi okoliczność, że nie ma części narządu wzrokowego, która nie mogłaby być siedliskiem zmian syfilitycznych. W liczbie 192 przypadków pryszczykowego zapalenia spojówki wykazał Dr Lavagna w 34 przypadkach znamiona kiły wrodzonej i jej przypisuje główne znaczenie etyologiczne. Z ciekawszych spostrzeżeń podaje opis przypadku pierwotnego wrzodu kiłowego na spojówce powieki górnej z następową *iritis condylomatosa (gummosa).* — Drugi przypadek, którego historyę przytacza autor szczegółowo, odnosi się do kobiety 45letniej, u której na lewem oku w trzeciorzędnym okresie przymiotu powstał kilak. Zmianę tę uważa autor za nader wyjątkową i przyznaje, że opisu jej nie znalazł ani w podręczniku Weckera, ani w rozprawie Bergera, ani wogóle w dostępnej mu literaturze. Kilak ten uległ pod wpływem leczenia swoistego (jodu) i miejscowego (maść rtęciowa, mięsienie i ciepłe parowe natryski) zupełnemu wessaniu bez pozostawienia blizny.

Dr K. W. Majewski.

Powikłania występujące w przebiegu zapalenia współczulnego poza narządem wzroku (Complications extraoculaires de l'ophthalmie sympathique). L. de Wecker (»Annales d'Oculistique«, 1901, Nr X).

W przebiegu zapalenia współczulnego powikłania ze strony odległych części ustroju uchodzą za rzadkie i nie zawsze dające się wprowadzić w związek przyczynowy z cierpieniem oka; tak przynajmniej twierdzi Schirmer w obszernej monografii o zapaleniu współczulnem, zawartej w dziele Graefe'go-Saemisch'a, gdzie powikłania takie są przedstawione jako wynik przypadkowego zbiegu okoliczności. Innego zdania jest Wecker. Przytacza on najpierw spostrzeżenie Rogmana, gdzie po operacyi zaćmy przyszło do *iridochorioiditis* na oku operowanem, a w cztery tygodnie

później do zapalenia współczulnego na drugiem oku. W ciągu trzech miesięcy oczy przeszły w zupełny zanik, a równocześnie chory, utraciwszy wzrok, utracił i słuch obustronnie tak, że mógł się porozumiewać z otoczeniem tylko, gdy mu poruszano rękę, nakreślając nią w powietrzu litery, które on żmudnie składał we wyrazy.

Wecker sam miał też sposobność spostrzegać równie smutny przypadek u pewnego 47letniego misyonarza, tylko, że tu nie operacya była powodem zapalenia współczulnego, lecz odprysk kamienia, który zranił rogówkę i tęczówkę lewego oka. Wzrok oka skaleczonego wśród objawów zapalnych obniżył się w kilkunastu dniach do słabego tylko poczucia światła, a już w trzy tygodnie po doznanym urazie wystąpiło zapalenie współczulne na prawem oku. I tu wzrok szybko podupadał, a równocześnie zaczął się chory skarżyć na dolegliwości ze strony uszu. Najpierw mianowicie wystąpiło nadzwyczajne wzmożenie wrażliwości słuchowej, takie, że chory najsłabszy szelest słyszał z wielkiej odległości, a każdy dźwięk donioślejszy raził go do najwyższego stopnia. Wkrótce jednak zaczął słuch słabnąć i w ciągu dwóch tygodni chory ogłuchł zupełnie, doznawał jednak ustawicznie silnego szumu w głowie, który porównywał z łoskotem wielu maszyn parowych lub ze szumem, jaki się słyszy w chwili usypiania pod chloroformem.

Dr Garrigou, otyatra, po zbadaniu misyonarza orzekł, że nie ma żadnych organicznych zmian w częściach dostępnych badaniu, i że należy przypuścić zmiany odżywcze w częściach wewnętrznych ucha. Miał on także raz w praktyce swej sposobność spostrzegać przypadek nagłej utraty słuchu w następstwie skaleczenia oka ziarnem śrótu.

Do tych spostrzeżeń dodaje Wecker jeszcze przypadek Snellena, przedstawiony na zjeździe londyńskim w roku 1881. Pewien 27letni mężczyzna doznał silnego urazu w oko przy otwieraniu butelki szampana. Przyszło do utraty oka skaleczonego, wnet potem do zapalenia współczulnego, a nakoniec wśród silnych bólów głowy do zupełnej utraty słuchu.

Autor przypuszcza, że przypadki takie muszą być częstsze, lecz nie zostają ogłaszane, zwłaszcza, jeżeli punktem wyjścia nieszczęsnych powikłań była operacya, jak to się stało w przypadku Rogmana. Spostrzeżenia te rzucają pewne światło na nierozjaśnioną dotychczas patogenezę zapalenia współczulnego, popierają mianowicie teoryę migracyjną, gdyż wielce jest prawdopodobne, że drobnoustroje, przechodząc po nerwach wzrokowych z jednego oka na drugie, dostają się także niekiedy drogą nerwów słuchowych do ucha wewnętrznego i wywołują tam zmiany, których następstwem jest zupełna i nieuleczalna głuchota. W jednej tylko jeszcze cho-

robie ocznej zachodzi częstokroć, jeśli nie głuchota, to przynajmniej przytępienie słuchu. Zdarza się to mianowicie przy miąższowem zapaleniu rogówki. Autor zestawia na końcu swej pracy porównanie objawów, jakie cierpienie uszne sprowadza w przypadkach zapalenia współczulnego z objawami słuchowymi, występującymi w przebiegu miąższowego zapalenia rogówki. *Dr K. W. Majewski.*

Wszczepianie oka króliczego do torebki Tenona. Wynik po upływie 15 miesięcy (Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un oeil de lapin dans la capsule de Tenon. Résultat éloigné).— Dr F. Lagrange z Bordeaux (»Annales d'Oculistique«, 1901, Nr XI).

W tegorocznym marcowym zeszycie *Annales d'Oculistique* opisał Lagrange swój sposób wszczepiania oka króliczego do torebki Tenona po wyjęciu gałki, i dowiódł na szeregu spostrzeżeń, że tak wszczepione oko przyjmuje się dobrze i tworzy potem wyborny, ruchomy podkład dla protezy [1]). Autor wyraża przekonanie, że przy zachowaniu koniecznych ostrożności sposób ten nigdy nie zawiedzie i dlatego zasługuje na rozpowszechnienie. Do tej pory wykonał on 11 razy tę heteroplastykę i raz tylko oko przeszczepione uległo obumarciu z powodów, które w pierwszej swej pracy wymienia. Obecnie nie zdarza mu się to nigdy.

Sprawa przeszczepialności oka króliczego jest już, zdaniem autora, stanowczo rozstrzygniętą, — a obecnie chodzi tylko o to, czy wyniki tej heteroplastyki są trwałe. Doświadczenie pouczyło go, że wszczepione do torebki Tenona oko w ciągu pierwszych trzech miesięcy mięknie i maleje, tracąc zwyczajnie $^1/_3$ pierwotnej objętości, poczem już się dalej nie zmienia. Na dowód tego dołącza autor reprodukcya fotografii, przedstawiającej pierwszego chorego operowanego w ten sposób w sierpniu 1900 roku, a zatem przed 15 miesiącami. Podobizna ta przekonywa istotnie o trwałości wyniku i o korzyściach, jakie daje ten sposób operacyjny.

Dr K. W. Majewski.

Blefaroplastyka przy szparze górnej powieki. M. Morax (»La clin. ophthalmologique«, Nr 20, 1901).

Wobec rzadkości przypadku, tem bardziej, że w podręcznikach, na przykład w Tersona »Chirurgie Oculaire«, nie znajdujemy wzmianki o operacyi wrodzonego rozdwojenia powiek, godnem uwagi wydaje nam się spostrzeżenie Moraxa, przedstawione w paryskiem oftalmicznem Towarzystwie dnia 8 października r. b.

Szpara górnej powieki znajdywała się u dziecka, dzieląc takową na 2 nierówne części: $^2/_3$ zewnętrzną i $^1/_3$ wewnętrzną; roz-

---

[1]) Por. Postęp Okulistyczny, R. 1901, str. 272, Z. VII.

dzielenie było całkowite, od brzegu rzęsowego do załamka oczodołowo-powiekowego; część nosowa bardzo mała z brzegami zaokrąglonymi, skroniowa odciągnięta na zewnątrz i przytem tak do góry, że widać było śluzową powierzchnię powieki. Rzęsy rosły prawidłowo. Przy zmrużeniu powiek rogówka nie mogła być zakrytą i to na znacznej przestrzeni. Jednocześnie wyrastał błękitnawy dermoid na dolno-zewnętrznym brzegu rogówki. Prócz tego istniały u dziecka pewne zmiany postaci (dépressions) nozdrzy, a także szypułkowate rozrosty skórne (condylôme) przed obydwoma antitragus.

W celu zużytkowania brzegu rzęsowego zewnętrznego odcinka powieki, Dr M. użył poziomego przeszczepienia skóry skroniowej. Zrobił on 2 równoległe poziome cięcia, jedno od spoidła zewnętrznego powiek, drugie od załamka oczodołowo-powiekowego; te dwa cięcia ograniczały płat, łączący się z zewnętrznym wycinkiem górnej powieki. Rozcięto przejściowy załamek spojówki w stronie skroniowej i oddzielono płat skórny w środku okolicy skroniowej. Okrwawiono następnie brzegi obu płatów, zeszyto je katgutem i, dla zmniejszenia napięcia zewnętrznego płatu, zrobiono prostopadłe w tyle jego nacięcie. Przeciwgnilny opatrunek. Na piąty dzień stwierdzono, że brzegi nie zrosły się, powtórnie więc okrwawiono takowe i znowu zeszyto, ale i tym razem bezskutecznie. Wtedy Dr M. zrobił nowe poziome cięcie przed uchem, w tyle od pierwszego, i użył do przesadzenia skórnej przedusznej narośli, — poczem osiągnął pożądany wynik, chociaż powieka okazała się za krótką. — W dyskusyi zabrał głos Abadie: W szparach wrodzonych i urazowych bardzo rzadko zeszyte okrwawione brzegi dolnej powieki dają wyniki pożądane. Należy okrwawiać brzegi dość szeroko, na znacznej przestrzeni, aby obie powierzchnie dostatecznie stykały się ze sobą. —

Dr J. T.

III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo oftalmiczne w Petersburgu.

Posiedzenie z dn. 3 października.

1. Zelenkowski odczytał »przyczynek do bakteryologii wrodzonego ropnia woreczka łzowego. U nowonarodzonej dziewczynki w pierwszym dniu znaleziono obrzęk i zaczerwienienie okolicy lewego worka łzowego; na 13 dzień otworzono ropień, przyczem wyszło do 1 kub. ctm. ropy; po miesiącu nastąpiło wyzdrowienie. Przypadek ten ciekawy pod tym względem, że zapalenie okazywało znamiona phlegmone i że w ropie wykryto staphylococcus aureus,

który — zdaniem autora — dostał się do dróg łzowych zapewne podczas porodu.

Wejert: Kilka razy widziałem wrodzoną dacryocystitis, lecz na tle rzeżączkowem, nigdy phlegmone.

Czemołosow: Może to była tylko phlegmone w okolicy worka łzowego, a nie zapalenie tego ostatniego?

Bellarminow: Przypadek kol. Z. dość ciekawy, w każdym razie wrodzone cierpienia worka łzowego dzieci nie są tak rzadkie i zwykle przechodzą bez leczenia nawet.

2. Klimowicz, w celu zmniejszenia wagi okularów, proponuje zmniejszyć ich wielkość, a to przez nadanie innej postaci oprawie i przez ulepszony sposób szlifowania szkieł.

3. Szeinfajn odczytał sprawozdanie z działalności ruchomego oftalmicznego oddziału w gubernii połtawskiej: 1471 chorych, którym udzielono porady 4120 razy (25% jaglicowych), operacyi wykonano 149, w tej liczbie 36 ekstrakcyi zaćmy.

Roczne posiedzenie z dn. 10 października.

1. Prof. Bellarminow wypowiedział kilka słów z powodu rozpoczęcia 5 roku istnienia Towarzystwa.

2. Andogski odczytał roczne sprawozdanie. Towarzystwo liczy dziś 62 członków (3 honorowych, 53 czynnych i 6 korespondentów).

3. Wybrano na rok bieżący przewodniczącym Bellarminowa, zastępcą przewodniczącego Tichomirowa, sekretarzami Andogskiego i Gagarina, skarbnikiem Blessiga.

4. Postanowiono wysłać prof. Virchowowi telegram z życzeniami z powodu jego jubileuszu. *Dr J. T.*

IV. ROZMAITOSCI.

Przyczynek do okulistyki w Japonii.

Od pewnego czasu japońscy lekarze odbywają studya w klinikach okulistycznych Europy, a w swej ojczyźnie uprawiają okulistykę w sposób naukowy. Dr Hilczenko, obszernie opisując zwiedzone w r. z. lecznicze zakłady w Japonii[1]), mówi, że w Kobe w miejskim szpitalu urządzona jest sala operacyjna dla ocznych chorych przy »oftalmicznym gabinecie«. Oczne instrumenty wyko-

[1]) Wojenno-medic. Żurnał. zeszyty: sierpniowy, wrześniowy i październikowy.

nywane są także przez mistrzów japońskich, lecz, wedle uznania naczelnego lekarza szpitala, Dra Suzuki, znacznie ustępują wyrobom europejskim. Dlatego też okuliści operują przeważnie instrumentami francuskimi. Sale dla chorych oznaczono przy wejściu rozmaitemi barwami: dla skórnych czarną, dla chirurgicznych żółtą, sale dla chorób wewnętrznych czerwoną, dla nerwowych błękitną, a dla ocznych zieloną.

Prywatny Kondo-Hospital w Jokohamie, urządzony na 60 łóżek, ma oczny oddział. Dla wziernikowania jest osobny pokój z pięknemi lampami; obok urządzona sala operacyjna. Obszerny ten pokój — mówi Dr H. — przypomina swem oświetleniem atelier zakładów fotograficznych; urządzono tu też rozmaite ekrany i rolety dla każdego oddzielnego przypadku. *Dr J. T.*

Możność dowolnego wstrzymania czynności mięśnia unoszącego górną powiekę po jednej stronie, bez najmniejszych zmian w powiece, posiada lekarz 30letni, u którego oko dowolnie przymknięte przy zwrotach gałki, wykonanych na żądanie do góry lub na dół, pozostawało przymknięte, gdy u drugiego przy zwróceniu wzroku ku górze, powieka się podnosiła.— (»Aerztl. Sachverst. Ztg.« 1900. Nr 21).

Prof. Hirschberg sporządził i ogłosił, w pokaźnym tomie, drukiem katalog zbieranych przez siebie przez lat 30 dzieł i broszur, odnoszących się do okulistyki, optyki i historyi medycyny. Dzieło to, ofiarowane kolegom i współpracownikom, odda niewątpliwie usługi przy pracach literackich wobec znakomitego układu wedle przedmiotów, a także i autorów. Zgłaszający się u autora mogą odebrać egzemplarz katalogu, przeznaczonego dla berlińskiego Towarzystwa lekarskiego.

Leczenie raka. Prof. Loeffler w Gryfii rzuca myśl, by wobec tego, że w okolicach podzwrotnikowych, głównej ojczyźnie malaryi, carcinoma prawie jest nieznane, doświadczalnie zaszczepiać malaryę dla zwalczania u chorych raka. — (»Deutsche Med. Wochschrift«, Nr 42).

Krwotoki ciałka szklistego a także siatkówkowe wybroczyny leczy Wecker w Paryżu zastrzykiwaniami podspojówkowemi 2 do $2^1/_2{}^0/_0$ roztworu kleju rybiego (ichthyocolla). Zastrzykuje pełną sikawkę dwa razy w tygodniu. — (»La Clinique Ophth.« Nr 21).

Zbiór wzierników ocznych urządził prof. Greef w Berlinie w klinice okulistycznej Charité z okazyi przypadającej obecnie 50tej rocznicy wynalazku genialnego Helmholtza. Zbiór, obejmujący 120 wzierników, przedstawia historyczny rozwój w rozmaitych krajach tego niezbędnego dziś okulistycznego przyrządu.

Sekcya ocznych chorób VIII zjazdu rosyjskich lekarzy, poświęconego pamięci prof. Pirogowa, mającego się odbyć w Moskwie w d. 3—10 stycznia r. 1902 (star. st.), ogłasza następujący program prac:

1. Organizacya stałej okulistycznej pomocy dla ludności (w połączonych sekcyach oftalm. i społecznej hygieny).
2. Zapobieganie, leczenie i prowadzenie statystycznych wykazów jaglicy.
3. O zmniejszonej zdolności do pracy przy uszkodzeniu oczu.
4. Chirurgia oczodołu i sąsiednich jam (operacyjne leczenie nowotworów, tętniącego trzeszczu, sinuzitów i t. p.).

Ktoby chciał zabrać głos w tych przedmiotach, zechce się zgłosić do prof. Dra Kriukowa (Mała Nikitska, 22), albo do Dra Łożecznikowa (szpital oftalmiczny). *J. T.*

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Adam Szulisławski habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie lwowskim.

Dr Rymowicz, były docent prywatny przy uniwersytecie w Kazaniu, osiadł w Warszawie jako wolno praktykujący okulista.

Prof. Knies w Fryburgu ustąpił z docentury.

Prof. Willibad Nagel z Fryburga powołany został do zakładu dla fizyologicznej optyki w Berlinie na miejsce zmarłego optyka Artura Koeniga, długoletniego asystenta Helmholtza.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Sam. J. Jones, prof. oftalmologii i otyatryki przy Chicago Medical College.

OD REDAKCYI.

Dołączając do zeszytu niniejszego »P. O.« prospekt wychodzącego w Poznaniu pod redakcyą Dra H. Święcickiego czasopisma »Nowiny Lekarskie«, zachęcamy szanownych czytelników do popierania, w myśl odezwy, tego w tak trudnych warunkach, a tak znakomicie redagowanego, jedynego pod zaborem pruskim wydawanego pisma lekarskiego, które obok zadania naukowego ma do spełniania także zadanie społeczno narodowe wśród rzeszy naszych kolegów, pracujących nie dla samego chleba, lecz dla wzniosłych idei, których urzeczywistnienie napotyka tam właśnie zbyt często małoduszne utrudnienia lub wprost zapory sfer rządzących.